



USO RACIONAL Y CRISIS DE LA EVIDENCIA PARTE II: HACIA LA EVIDENCIA PERTINENTE o LA IMPERTINENCIA DE LA EVIDENCIA.

Dr. Gustavo Tamosiunas

Para continuar con nuestras reflexiones sobre la crisis de la evidencia, queremos destacar la necesidad de incluir la pertinencia en nuestros hábitos de prescripción y especialmente de nuestra formación. Si vamos a realizar un uso adecuado, racional del medicamento sobre bases científicas debemos revisar dichas bases permanentemente, con una actitud crítica y no aceptarla en forma dogmática, que por otra parte, es lo que lamentablemente viene pasando desde hace un tiempo con el movimiento de la medicina basada en la evidencia, lo que motiva entre otras cosas nuestra dedicación al tema.

En el editorial anterior señalamos el problema de la falta de intercambiabilidad entre la información dirigida hacia las agencias de medicamentos y nuestro acceso real a dicha información, señalando de qué manera se sesga nuestra capacidad de decisión terapéutica a la hora de prescribir. El tema de la pertinencia también nos debería involucrar y de esta manera ampliar o amplificar los beneficios de los medicamentos. Cuando hablamos de conocimiento pertinente nos referimos al conocimiento útil, necesario para prescribir. Cuando hablamos de evidencia pertinente lo hacemos para alertar al prescriptor a modo de dispositivo de protección, en cuanto a reconocer cuándo accede a evidencia pertinente para su prescripción. Más allá de sesgos, interesa saber qué aporta la evidencia en cuestión, y que esto nos sirva para reflexionar sobre nuestros hábitos de prescripción. En realidad contamos con conocimiento pertinente y disponible de fácil acceso que mejoraría en mucho la terapéutica. Pero también disponemos y en abundancia de información no pertinente o impertinente, que se nos superpone y muchas veces se nos impone. En contraposición tenemos la falta de intercambiabilidad a que hacíamos referencia y que invitamos al lector a dirigirse a dicho editorial para más detalles. Cuál sería el conocimiento pertinente y disponible al

que hacemos referencia, y que de paso afirmo, que es al que menos importancia le damos en nuestra práctica clínica. Nos referimos a que probablemente los estudios clínicos de efectividad, los de corte epidemiológicos (tanto retrospectivos como prospectivos), las señales y alertas, los casos control así como las revisiones sistemáticas por supuesto nos brindan muchas veces ese tipo de conocimiento pertinente hacia la prescripción. Veamos algunos ejemplos y que por cierto no han generado casi cambios en nuestra cultura de prescripción, porque prestamos más atención a otro tipo de estudios a nuestro parecer impertinentes para prescribir (aunque pueden ser adecuados para registro o renovación etc).

El uso de psicofármacos es un buen ejemplo. Existen datos epidemiológicos, e incluso estudios clínicos prospectivos, que muestran mayores efectos adversos, mayores riesgos con el uso de psicofármacos que beneficios cuando se les analiza el patrón de prescripción. La evidencia en relación a la utilidad de estos fármacos en el uso prolongado, por ejemplo, escasea, si es que existe. Por tanto tenemos un conocimiento pertinente que nos indica que debemos tener sumo cuidado a la hora de “repetir” psicofármacos. En el caso de los antipsicóticos atípicos de creciente uso, disponemos cada vez de mayor evidencia en relación a una mayor mortalidad en ciertos grupos, con aparición de síndrome metabólico y eventos cardiovasculares. Para el caso de las benzodiacepinas tenemos los efectos adversos de tipo cognitivo o de incoordinación motora así como de riesgo de fracturas. Para el caso de los antidepresivos el aumento de sangrados, síntomas de ansiedad, inquietud y especialmente la aparición de dependencia nos debe alertar nuevamente sobre la pertinencia a la que nos referimos. Esto nos debería servir de dispositivo de protección. En realidad ya nos hemos referido al uso crónico y a los dispositivos de prevención cuaternaria en números anteriores, y hemos profundizado sobre efectos de psicofármacos.

Otro claro y grosero ejemplo está en la creciente aparición de resistencia a los antibióticos, que ha sido señalada por múltiples autoridades y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado una alerta hace un par de años. Imaginémosnos por un momento un mundo sin antibióticos: sin cirugías, sin cateterismos, trasplantes, marcapasos, etc. que ha llevado a algunos autores de hablar del riesgo de la “era postantibiótica”, como un hecho posible.

Las estatinas disfrutan de eficacia demostrada en prevención secundaria pero son escasos los datos de eficacia sobre sobrevivencia o eventos mayores en prevención primaria, sin embargo trae riesgo de aparición de reacciones adversas sobre músculo, riñón o hígado y probablemente riesgo de diabetes y trastornos cognitivos.

La protección gástrica frente al uso de Analgésicos No Esteroideos (AINE) en pacientes de bajo riesgo es otra evidencia pertinente, que alerta sobre el uso de inhibidores de la bomba de protones en forma sistemática.

Las diferentes generaciones de hipoglicemiantes (glitazonas, gliptinas) han dado muestras de la diferencia en considerar evidencia pertinente o de utilidad relativa a la hora de la prescripción.

Es necesario considerar el tema de la pertinencia para orientar nuestros análisis de la literatura, y probablemente sea hora de revisar nuestros conceptos sobre la famosa pirámide de la evidencia, aunque ya hay varias propuestas. Pensamos que deberíamos hacer un esfuerzo por sentar nuevas bases para una pirámide. Ante todo debería construirse con material robusto pero cuyas piezas puedan moverse y permitan cierta flexibilidad ya que debemos afrontar la incertidumbre para no caer en el dogma. Por otra lado algunos valores que lo sustentan deberían ser junto a los metodológicos conocidos, otros que sirvan a modo de filtro, o lente a través del cual poder leer mejor. Nos referimos a los filtros de los valores que sustentan la evidencia, es decir la pertinencia, los conflictos de interés, los datos de la “realidad clínica”, así como incluir los estudios de tipo cualitativo. Los valores que sustentan nuestra prescripción determinarán o no que el largo y tortuoso camino hacia el medicamento como bien social sea una quimera o una realidad.